

Sami Matalamäki ja Antti Ollikainen

**VUODEOSASTOJEN HOITAJIEN KOKEMUKSIA TEHO-OSASTON OSASTO-
KONSULTAATIOKÄYNNNEISTÄ KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2013



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Sami Matalamäki ja Antti Ollikainen	
Työn nimi Vuodeosastojen hoitajien kokemuksia teho-osaston osastokonsultaatiokäynneistä Kainuun keskussairaalassa	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Mielenterveystyö	Ohjaaja(t) Sirkka-Liisa Niskanen ja Kaarina Pikkarainen Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 37+3
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata vuodeosastojen hoitajien kokemuksia teho-osaston osastokonsultaatiokäynneistä Kainuun keskussairaalassa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa osastokonsultaatiotoiminnan kehittämiskohteista.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Toimeksiantajalle opinnäytetyöstä on hyötyä osastokonsultaatiotoiminnan kehittämisessä.</p> <p>Teho-osaston hoitajat tekevät osastokonsultaatiokäyntejä muille osastoille siirtyneille potilaille. Tutkimusten mukaan osastokonsultaatiotoiminnasta on hyötyä potilasturvallisuuden parantamisessa, osastojen välisen yhteistyön lisäämisessä, moniammatillisuuden ja kollegiaalisuuden hyödyntämisessä, hoidon kustannusten laskemisessa ennaltaehkäisyä myötä sekä työhyvinvoinnin lisäämisessä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin vuodeosastoilla pidetyillä ryhmähaastatteluilla käyttäen 635-menetelmää. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Opinnäytetyön tutkimustehtävät: olivat miten hoitajat kokivat osastokonsultaatiotoiminnan ja miten he toivoisivat sitä kehitettävän.</p> <p>Hoitajien kokemuksissa korostuivat tiedonkulun parantaminen, yhteistyön lisääminen sekä yhteiset käytännöt osastokonsultaatiotoiminnassa. Näissä asioissa hoitajat kokivat olevan kehittämisen varaa. Osastokonsultaatiotoiminnan osalta Kainuun keskussairaalassa pitää kirjaamista ja raportointia parantaa nykyisestä, tiedottaa toiminnasta osastoille, sopia yhteisiä toimintatapoja sekä lisätä tiedon ja ammattitaidon jakamista hoitajien ja osastojen välillä.</p> <p>Jatkotutkimuksissa voidaan edelleen selvittää hoitajien kokemuksia, jos toiminta muuttuu nykyisestä. Kokemuksia voidaan selvittää myös teho-osaston hoitajien, lääkärien sekä potilaiden näkökulmasta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	osastokonsultaatio, potilasturvallisuus, post-icu
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Matalamäki, Sami & Ollikainen, Antti	
Title Ward Nurses' Experiences of Critical Care Consultation visits at Kainuu Central Hospital	
Optional Professional Studies Mental Health Care	Instructor(s) Niskanen, Sirkka-Liisa & Pikkarainen, Kaarina
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 37+3
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to describe ward nurses' experiences of Critical Care Consultation visits at Kainuu Central Hospital. The aim of this thesis was to develop the Critical Care Consultation visits. This thesis was commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority. This thesis will be useful to the commissioner in the development of the Critical Care Consultation visits.</p> <p>The Critical Care Consultation visits are provided by ICU nurses to patients who have been discharged from the ICU to general wards. Studies have shown that Critical Care Consultation visits improve patient safety, inter-departmental cooperation in increasing the utilisation of multi-professionalism and collegiality and work wellbeing. It also helps to reduce the costs of care.</p> <p>This thesis is a qualitative study. The material was collected at four general wards at Kainuu Central Hospital by group interviews using the 635-method. The material was analysed by inductive content analysis. The research tasks were to study how general ward nurses perceive the Critical Care Consultation visits and how they would like it to be developed?</p> <p>In nurses' experiences flow of information, cooperation between wards and nurses and applying common practices to Critical Care Consultation visits are important. In these areas nurses felt room for improvement. Currently documentation and reporting of Critical Care Outreach consultation visits need to be improved, more information needs to be provided to the general wards nurses of the service, common practices need to be applied and sharing of skills and knowledge between wards and nurses needs to be increased.</p> <p>Further studies could analyse the experiences of nurses if the operation is developed further. Experiences can also be examined from ICU nurses, doctors and patients' perspectives.</p>	
Language of Thesis Finnish	
Keywords	post-icu, critical care outreach, consultation, patient safety
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OSASTOKONSULTAATIO OSANA POTILASTURVALLISUUTTA	3
2.1 Tehohoidon osastokonsultaatio	3
2.2 Potilasturvallisuus	4
2.3 Osastokonsultaatio Kainuun keskussairaalassa	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	8
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	9
4.1 Aineiston hankinta	9
4.2 Aineiston analyysi	11
5 TUTKIMUSTULOKSET	14
5.1 Moniammatillisuus	14
5.2 Tiedonkulku	15
5.3 Hoidon suunnittelu	16
5.4 Yhteinen käytäntö	17
5.5 Lääkehoito	18
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	19
6.1 Kehityshaasteet ja jatkotutkimusaiheet	22
7 POHDINTA	24
7.1 Luotettavuus	24
7.2 Eettisyys	27
7.3 Ammatillinen kasvu	28
LÄHTEET	30
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Osastokonsultaatiotoiminta on Suomessa ja maailmalla melko uutta toimintaa. Itse toiminnasta löytyy tutkimustietoa, mutta tutkimuksia, jotka kertoisivat osastokonsultaatiotoiminnasta vuodeosastojen hoitajien näkökulmasta, on Suomessa vain muutamia. Osastokonsultaatiotoimintaa on tutkittu myös konsultaatiohoitajien, lääkärien, potilaiden sekä omaisten näkökulmasta (Holpainen 2012). Aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen, koska osastokonsultaatio on uutta toimintaa Kainuun keskussairaalassa ja sitä halutaan kehittää eteenpäin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vuodeosastojen hoitajien kokemuksia teho-osaston hoitajien tekemästä osastokonsultaatiosta Kainuun keskussairaalassa. Osastokonsultaatiokäynti on teho-osaston hoitajien tekemä jälkiseurantakäynti teho-osastolta vuodeosastolle siirtyneelle potilaalle. Toiminnan tarkoituksena on potilasturvallisuuden lisääminen, hoidon laadun paraneminen, teho-osastolle takaisinpaluun väheneminen, jatkohoidon turvaaminen, yhteistyön lisääminen ja hoidon kustannusten laskeminen. (Tirkkonen, Lehtinen & Hoppu 2010, 432). Toimeksiantajana toimi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa osastokonsultaatiotoiminnan kehittämiskohteista Kainuun keskussairaalassa, mitä hyödyntämällä osastokonsultaatiotoimintaa ja potilasturvallisuutta voidaan kehittää.

Aineisto opinnäytetyötä varten kerättiin kahdella ryhmähaastattelulla Kainuun keskussairaalassa vuodeosastoilla käyttäen apuna 635-menetelmää. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön keskeisissä tuloksissa osastokonsultaation kehittämiskohteina tuli ilmi tiedonkulun kehittäminen, yhteistyön lisääminen sekä yhteisten käytäntöjen luominen toimintaan. Toimeksiantaja pystyy hyödyntämään saamiamme tuloksia osastokonsultaatiotoiminnan kehittämisessä.

Oma tavoitteemme opinnäytetyötä tehdessä on opintojen kompetensseihin pohjautuva ammatillinen kasvu. Ammatillisesti kasvamme näyttöön perustuvan tiedon käyttämisessä hoitotyössä. Teoriatietomme potilasturvallisuudesta kasvaa. Opinnäytetyöprosessi tästä aiheesta on opettanut meille hoitopolun toimivuuden tärkeyden potilasturvallisuuden lisäämisessä. (Opinto-opas 2012-2013 Kajaanin ammattikorkeakoulu, 19.) Moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun merkitys on selkiytynyt meille tärkeänä osana hoitotyötä, johon jokainen hoitaja voi itse vaikuttaa omalla toiminnallaan. Suuntaudumme mielenterveystyöhön, jossa tiedon-

kululla, moniammatillisella yhteistyöllä sekä hoidon jatkuvuudella on suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta, kuten koko hoitoalalla.

2 OSASTOKONSULTAATIO OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat tehohoidon osastokonsultaatio ja potilasturvallisuus. Opinnäytetyön pääkäsite on potilasturvallisuus.

2.1 Tehohoidon osastokonsultaatio

Teho-osaston osastokonsultaatio tarkoittaa tehohoidosta vuodeosastoille siirtyneiden potilaiden valvontaa jälkiseurantakäynneillä. Teho-osaston sairaanhoitaja käy potilaan luona vuodeosastolle siirron jälkeen. Käynnillä teho-osaston hoitajan on tarkoitus keskustella yhdessä vuodeosaston hoitajien tai potilaan omahoitajan kanssa hoidollisista asioista ja suunnitella hoitoa yhdessä. Konsultaatiohoitaja voi tarvittaessa ohjata vuodeosaston henkilökuntaa tehohoidossa olleen potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Käyntejä tehdään tarpeen mukaan, mutta yleensä kerran vuorokaudessa. Käyntien apuna voi teho-osaston hoitajalla olla seurantalomake, jolle hän kirjaa potilaan voinnin muutoksia ja tehtyjä toimenpiteitä. (Lahtinen & Tuuliainen 2010, 57-58.)

Konsultaatiohoitajan päätehtävänä on potilaan tilan arvioiminen ja hoidon tehostaminen. Tiedot potilaan voinnista kirjataan erilliselle lomakkeelle. Osastokonsultaatiokäynnillä voidaan suunnitella myös tulevia jatkokäyntejä. Seurantakäynnit kohdistetaan niihin potilaisiin, joiden arvellaan tarvitsevan tehohoidon jälkeistä seurantaa. Osastokonsultaatiolla pyritään ehkäisemään odottamattomia kuolemia, ennaltaehkäisemään paluuta tehohoitoon tai nopeuttamaan tehohoitoon pääsyä tilanteen sitä tarvittaessa, nopeuttamaan potilaan toipumista ja jakamaan tehohoidon osaamista eri erikoisaloille. (Tirkkonen ym. 2010, 432; Saarinen, Alahynnilä, Siirilä, Ruohomäki, Kangas, Rahko & Välimäki 2013, 13.)

Tehohoidon tarve vaihtelee potilailla yksilöllisesti ja siksi on tärkeää seurata potilaan vointia tehohoidon jälkeen. Potilaan on mahdollista altistua komplikaatioille ja sairaalahoidon jakson pitkittymiselle, jos vitaalielintoimintojen häiriöitä ei korjata ajoissa esimerkiksi vuodeosaston kiireen takia. MET-kriteerit täyttävä elintoimintahäiriö ennustaa potilaiden lisääntynyttä sairaalakuolleisuutta, lisääntyneitä tehohoitojaksoja ja useampia MET-hälytyksiä. MET-kriteerejä ovat: hengitystihyden ja happisaturaation, syketaajuuden ja verenpaineen muutokset normaaliarvoista poikkeaviksi, tajunnantason lasku tai kouristelu tai muu syy kuten hoita-

jan huoli potilaasta. (Tirkkonen ym. 2010, 435.) MET (medical emergency team) on sairaalansisäisiin hätätilanteisiin tarkoitettu ensihoitoryhmä. MET-kriteerien tarkoituksena on auttaa hoitajia tunnistamaan potilaat joiden vitaalielintoiminnot ovat heikentyneet ja tarvittaessa kutsua MET-ryhmä paikalle. MET-ryhmään kuuluu lääkäri ja sairaanhoitaja. MET-ryhmä arvioi potilaan tilaa ja suunnittelee jatkotoimenpiteitä. (Hoppu 2011, 17.)

Teho-osastolta vuodeosastolle siirtyneen potilaan jälkiseurantakäynneille vuodeosastoilla on monta eri nimitystä: muun muassa osastokonsultaatio, post-icu -käynti ja outreach. Kainuun keskussairaalassa ei ole omaa jälkiseurantapoliklinikkaa, koska ei ole siihen tarvittavaa lääkäriä resurssipulan takia. Jälkiseurantapoliklinikalla, joka on oma erillinen yksikkönsä, tehdään myös jälkiseurantakäyntejä. Jälkiseurantakäynnit sijoittuvat noin kolmen kuukauden päähän kotiutumisesta. Jälkiseurantakäynneillä potilas tapaa teho-osaston sairaanhoitajan ja lääkärin. Käynneillä selvitetään potilaan toipumista, toimintakykyä ja elämänlaatua, kerätään palautetta tehohoidosta sekä käydään läpi potilaan mieltä askarruttavia asioita (Meriläinen 2006, 49). Potilaat kokivat jälkiseurantakäynnit tarpeellisiksi. Keskustelu epäselvistä asioista ja tehohoidon kokemuksista lievensi potilaiden pelkoa tulevasta. Jälkiseurantapoliklinikkakäyntejä toteutetaan Suomessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa, HUS (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) Meilahden sairaalassa sekä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Vastaavaa toimintaa on esimerkiksi Englannissa, Australiassa ja Ruotsissa. (Peltomaa, Palmu, Majapuro & Nieminen 2012, 144-149.)

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella voidaan tarkoittaa niitä periaatteita ja toimintoja, joita terveydenhuollon yksilöt ja organisaatiot toteuttavat ja joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaalle se tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja se kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuutta vaarantavat tilanteet voidaan luokitella niiden aiheuttaman haitan mukaan. Yleisesti ne luokitellaan vaaratapahtumiksi, vakaviksi vaaratapahtumiksi, lieviksi vaaratapahtumiksi, haittatapahtumiksi tai läheltä piti -tilanteiksi. (Kinnunen 2008, 11.)

Hoidon laatu on osa potilasturvallisuutta. Kansanterveyslain (30.12.2010/1326 2. §:n) mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteu-

tettua sekä toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoidon laatuongelmat ja haittatapahtumat aiheuttavat potilaille kärsimyksiä tai vammoja, potilaan kuoleman, hoitajaksojen pitkittymistä sekä lisääntyneitä hoitokustannuksia. Hoidon laatuongelmat aiheuttavat taloudellisia ja terveydellisiä menetyksiä, mikä voi näkyä esimerkiksi hoitovirheinä, lääkitysvirheinä tai menetettyinä työpäivinä. Suomessa terveydenhuoltopalveluiden laadussa on vakavia puutteita, mikä johtaa ylimää räisiin kustannuksiin ja potilasturvallisuuden vaarantumiseen. (Snellman 2009, 31-33.) Haittatapahtumat aiheuttavat arviolta vuodeosastoilla Suomessa vuosittain 409 miljoonan euron kustannukset ja koko terveydenhuollossa 951 miljoonan euron kustannukset. Vuodeosastojen haittatapahtumien kustannuksista arviolta ainakin puolet olisi estettävissä. (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1125-1126). Haittatapahtumia voidaan ehkäistä ennakoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja ottamalla oppia virheistä (Snellman 2009, 33).

Osastokonsultaatiolla pyritään pohjimmiltaan parantamaan potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus paranee muun muassa siten, että tehohoidosta vuodeosastoille siirtyneet potilaat saavat tarpeenmukaista hoitoa, mikä ennaltaehkäisee heidän vointinsa huonontumista. Osastokonsultaatio parantaa peruselinhäiriöiden tunnistamista, ennaltaehkäisyä, hoitoa ja vähentää kuolleisuutta. Osastokonsultaatiotoiminnassa riskien varhainen tunnistaminen turvaa hoidon jatkuvuutta, mikä on merkittävää potilasturvallisuuden takaamisessa. (Tirkkonen ym. 2010, 432-434.)

Osastokonsultaatiotoiminnan yhtenä tavoitteena on lisätä vuodeosastojen ja teho-osaston välistä yhteistyötä ja kommunikointia. Kommunikaatioon liittyvät ongelmat ovat osatekijöinä noin 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista. Potilasturvallisuuden ja henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi kirjallinen ja suullinen tiedonkulku on terveydenhuollossa erittäin tärkeää. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 182; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86-87; viitattu lähteeseen Sandlin 2007, 289-292) Moniammatillisuuteen tukeutuminen ja kollegiaalisuus parantavat hoidon laatua ja tehokkuutta. Yhteistyöllä on myös muita positiivisia seurauksia, kuten työilmapiirin paraneminen, työssä jaksamisen lisääntyminen ja hoidon kustannusten laskeminen. Paremmalla yhteistyöllä parannetaan potilasturvallisuutta. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 58-59; Holpainen 2012, 20-21.)

2.3 Osastokonsultaatio Kainuun keskussairaalassa

Kainuun keskussairaalan teho-osastolla konsultaatiotoiminnan tavoitteiksi on määritelty (E. Tamminen, henkilökohtainen tiedonanto 8.11.2012):

Potilaan jatkohoidon turvaaminen

Potilaan ja vuodeosaston henkilökunnan tukeminen siirtymisen alkuvaiheessa

Readmissioiden eli teho-osastolle takaisinpaluun vähentäminen

Yhteistyön lisääminen teho-osaston ja vuodeosastojen kesken

Kainuun keskussairaalassa osastokonsultaatiota tekevät teho-osaston hoitajat. Toiminnassa pyritään siihen, että osastokonsultaatiokäynnin tekee hoitaja, joka on potilaalle ennestään tuttu. Tuttu hoitaja vähentää potilaan kokemaa turvattomuuden ja stressin tunnetta, mitä voi tulla esiin kun potilas siirtyy vuodeosastolle. Sillä, että hoitaja on potilaalle tuttu, pyritään myös lisäämään potilasturvallisuutta, kun käyntejä tekevä hoitaja tietää potilaan kunnon siirtymävaiheessa ja näin ollen pystyy arvioimaan muutoksia potilaan voinnissa tarkemmin. Toisinaan potilaat siirtyvät kuitenkin takaisin teho-osastolle huonommassa kunnossa kuin teho-osastolta lähtiessä, mikä huonontaa potilaan ennustetta. (E. Tamminen, henkilökohtainen tiedonanto 8.11.2012.)

Osastokonsultaatiokäyntejä tehdään, jos potilaalla on siirtovaiheessa tracheakanyyli (henkitorviavanne), lääkärin määräyksestä, jos hän on vuodeosastolle siirtyessä huonokuntoinen tai potilaalla oletetaan tai todetaan olevan jatkotarkkailun tarvetta. Joskus potilaita joudutaan siirtämään vuodeosastoille teho-osaston tilanpuutteen vuoksi, vaikka potilaan vointi vaatisi vielä teho-osaston valvontaa. Osastokonsultaatiokäyntejä tehdään ensimmäisinä vuodeosastopäivinä niin kauan kuin ne katsotaan tarpeelliseksi. Käyntejä tehdään pääasiassa iltapäivällä, vuodeosastojen aamujen kiireen takia, tai tarvittaessa useammin. (E. Tamminen, henkilökohtainen tiedonanto 8.11.2012.)

Osastokonsultaatiokäyntien tukena on konsultaatiohoitajille valmis lomake (Liite 1) helpottamaan potilaan voinnin arviointia. Konsultaatiohoitaja arvioi käynnillään potilaan psyykkistä

ja fyysistä kuntoa suunnitellun lomakkeen mukaisesti. Täytetty lomake jää potilaspapereihin ja kopio lomakkeesta viedään teho-osastolle tilastointia varten. Lomakkeen jokaista kohtaa ei ole pakko käydä läpi, jos potilas on hyvävointinen. Konsultaatiohoitaja on tarvittaessa yhteydessä vuodeosaston henkilökuntaan, teho-osaston lääkäriin, vuodeosaston hoitavaan lääkäriin tai päivystävään anestesia­lääkäriin, jos potilaan vointi on huonontunut. (E. Tamminen, henkilökohtainen tiedonanto 8.11.2012.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata vuodeosastojen hoitajien kokemuksia tehohoidon hoitajien tekemistä osastokonsultaatiokäynneistä. Teoreettisen tiedon pohjalta tarkoituksena on kuvailla osastokonsultaation kokonaisuus.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa osastokonsultaation mahdollisista kehitettävistä kohdista, mitä toimeksiantaja voi hyödyntää toiminnan kehittämisessä, mikä johtaisi potilasturvallisuuden parantamiseen.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on kuvata:

1. Miten vuodeosastojen hoitajat kokevat tehohoidon hoitajien tekemät osastokonsultaatiokäynnit?
2. Mitä kehitettävää vuodeosastojen hoitajat kokevat osastokonsultaatiokäynneissä olevan?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 164) mukaan laadullisella tutkimuksella on seuraavia tyypillisiä piirteitä:

Tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa

Suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina

Aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti

Käytetään laadullisia metodeja aineiston hankinnassa

Valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti

Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä

Käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tiedonkeruu. Näitä voidaan käyttää vaihtoehtoisina, rinnakkain tai yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.)

Tämä opinnäytetyö on lähestymistavaltaan fenomenologinen. Virtasen (2006, 152-167) mukaan ihmisen subjektiivinen kokemus on fenomenologisen tutkimusotteen keskeisin tutkimuskohde. Kokemus koostuu havainnoista, tunne-elämyksistä, mielikuvista, kuvitelmista, uskomuksista, mielipiteistä, käsityksistä ja arvostuksista. Kokemus pyritään saamaan esille mahdollisimman aitona.

4.1 Aineiston hankinta

Fenomenologisessa tutkimuksessa aineiston kerääjän tulee vaikuttaa mahdollisimman vähän osallistujien esiin tuomiin kokemuksiin. Osallistujille esitettävien kysymyksien tulee olla mahdollisimman avoimia, mikä antaa osallistujille mahdollisimman paljon tilaa tuoda esiin

omia kokemuksiaan ilman tutkijan ennakkokäsityksiä. Tärkeää on taata osallistujille avoin ilmapiiri heidän tuodessaan esiin kokemuksiaan. (Virtanen 2006, 170.)

Aineistomme muodostuu vuodeosastojen hoitajien kokemuksista. Metodimme aineiston hankintaan on 635-menetelmä, jonka on kehittänyt professori Bernd Rohrbach vuonna 1969. 635-menetelmä on aivoriihityöskentelyä, jonka tarkoituksena on löytää luovia ratkaisuja ongelmiin. Aivoriihityöskentely on erityisen toimivaa, kun kaikki osallistuvat ongelmanratkaisuun tasavertaisina ryhmän jäseninä. (Schröer, Kain & Lindemann 2010, 591 - 592.)

635-menetelmä toteutuu niin, että kuusi osallistujaa kuvaa kolme ongelmaa erillisille papereille. Paperit annetaan viereiselle henkilölle, joka miettii ja kirjoittaa omia ratkaisuehdotuksiaan jokaiseen ongelmakohtaan. Paperit kiertävät kunnes jokainen on vastannut jokaiseen paperiin. Aikaa ongelmien ja ratkaisuehdotusten keksimiseen on kumpaankin viisi minuuttia. Lopulta mahdollisesti kahdeksalletoista eri ongelmalle tulee kuusi ratkaisuehdotusta kuudelta eri ihmiseltä, kuudesta eri näkökulmasta. (Schröer, Kain & Lindemann 2010, 592.)

Osallistujiksi valittiin Kainuun keskussairaalan vuodeosastojen hoitajat toimeksiantajan toiveesta. Osastoja oli neljä: kirurgian osastot 6 ja 7 sekä sisätautien osastot 8 ja 9. Teimme aineiston hankinnan kahdessa osassa, kerran osastot 6 ja 7 yhdessä ja kerran osastot 8 ja 9 yhdessä. Osallistujia olisi silloin korkeintaan kaksitoista yhteensä. Annoimme jokaiselle osallistujalle kolme paperia, joihin he kirjoittivat yhden kokemuksen, ongelmakohtaan tai kehittämisidean osastokonsultaatiotoiminnassa. Aikaa tähän oli viisi minuuttia, jonka jälkeen paperit annettiin vasemmalla istuvalle, joka kirjoitti jokaiseen ongelmakohtaan ratkaisuehdotuksen. Aikaa tähän oli viisi minuuttia ja paperit annettiin taas vasemmalla istuvalle. Tämä toistui kunnes jokainen oli vastannut kaikkien muiden papereihin. Kaikkiaan aikaa tähän kului noin neljäkymmentä minuuttia. Vastauspaperissa oli ylhäällä yksi pienempi lokero ja kuusi suurempaa vastauslokeroa. (Liite 2). Näin keräsimme aineiston analysointia varten.

Osastoilta 8 ja 9 osallistui haastatteluun yhteensä viisi sairaanhoitajaa, jotka ovat olleet mukana osastokonsultaatiotoiminnassa, osastolta 8 kaksi hoitajaa ja osastolta 9 kolme hoitajaa. Yhteensä vastauspapereita olisi siis enintään tullut viisitoista kappaletta, mutta viisi vastauspaperia jäi tyhjäksi ja saimme näiltä osastoilta yhteensä kymmenen vastauspaperia. Vastauspapereissa osa lokeroista jäi tyhjiksi, mutta kaikissa täytetyissä papereissa oli ainakin kolme vastausta. Joihinkin papereihin tuli kaikilta osallistujilta vastaus.

Osastojen 8 ja 9 haastattelu 635-menetelmällä järjestettiin iltapäivällä kello 13 osaston 8 kuntoutuhuoneessa. Huone oli pieni eikä paras mahdollinen tilannetta varten. Osallistujille kerrottiin aluksi, mistä on opinnäytetyössä kysymys sekä ohjeistettiin 635-menetelmästä käyttäen hyväksi itse tekemäämme esimerkkiä täytetystä vastauspaperista, joka liittyi kahviin eikä tähän tutkimukseen. Vastausten perusteella osallistajat ymmärsivät, miten tulee vastata papereihin. Haastattelutilanne kesti noin puoli tuntia. Vastauspapereita ei siirretty tasan viiden minuutin välein, vaan annettiin osallistujan kirjoittaa vastaus loppuun, jos se oli kesken.

Osastoilta 6 ja 7 osallistui haastatteluun kolme sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. Haastattelu tehtiin iltapäivällä kello 13. Työkiireiden vuoksi ei ollut mahdollista saada enempää osallistujia. Haastattelu oli sovittu jo aikaisemmaksi, mutta tiedonkulun katkosten ja sairastumisten vuoksi sitä ei voitu silloin tehdä. Vastauspapereista neljä jäi kokonaan tyhjiksi ja yhteensä täytettyjä vastauspapereita saatiin kahdeksan kappaletta. Kaikkiin täytettyihin vastauspapereihin kaikki hoitajat eivät vastanneet. Haastattelu tehtiin osaston 6 osastonhoitajan työhuoneessa. Tila oli haastatteluun sopiva. Kaikki hoitajat pääsivät istumaan pyöreän pöydän ympärille. Haastattelu toteutettiin samoin kuin osastojen 8 ja 9 kohdalla.

Kaikkiaan haastatteluihin osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. Vastauslomakkeita kertyi yhteensä kahdeksantoista. Alun perin tavoitteena oli saada haastateltavia yhteensä kaksitoista ja täytettyjä vastauslomakkeita 36 kappaletta.

4.2 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sisällön analyysia perusanalyysimenetelmänä. Sisällön analyysilla voidaan analysoida dokumentteja kuten haastatteluja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysilla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällön analyysissa etsitään tekstin merkityksiä ja pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti luoden selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto analysoitiin induktiivisella, eli aineistolähtöisellä, sisällönanalyysilla, jotta voitiin tarkastella tutkittavien ilmiöiden ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Tuomi & Sarajarvi. 2002, 105-108.)

Sisällön analyysiin kuuluu karkeasti kolme työvaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 1). Aineiston pelkistämisessä dokumentista karsitaan epäolennainen pois. Tutkimustehtävät ohjaa-

vat aineiston pelkistämistä niin, että pelkistetty aineisto sisältää vain olennaista tutkimustehävän kannalta. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavia käsitteitä ryhmitellään luokiksi ja nimitään ne luokan sisältöä kuvaavalla nimellä. Näin muodostetaan alaluokkia, joita ryhmitellään edelleen yläluokiksi ja lopulta pääluokiksi. Teoreettisten käsitteiden luomisen vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja luodaan teoreettisia käsitteitä sekä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi. 2002, 110-112; Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11-13.)

Aineiston analyysi alkoi tutustumalla aineistoon lukemalla se läpi. Aineiston lukeminen herätti jo ajatuksia tutkittavasta ilmiöstä tutkimustehtävien näkökulmasta. Päätimme jakaa sisälönanalyysin kahteen osaan; operatiiviset osastot 6 ja 7 sekä konservatiiviset osastot 8 ja 9 erikseen mahdollisten erojen löytämiseksi. Aineiston analyysi aloitettiin osastojen 8 ja 9 vastauspapereista, minkä jälkeen analysoitiin osastojen 6 ja 7 vastauspaperit.

Aluksi vastauspaperit numeroitiin ja kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneella. Alkuperäiset vastaukset pysyvät koskemattomina ja tallessa. Puhtaaksikirjoitettujen vastauspaperien jokaisesta lokerosta alleviivattiin keskeiset ilmaukset tai ilmiöt. Noin kolmasosassa lokeroista oli enemmän kuin yksi keskeinen ilmaus tai asia. Jokaisesta vastauslokerosta muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Tähän käytettiin kynää ja paperia. Listasimme samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset ryhmittäin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostui järjestelmällinen lista, mistä muodostimme alaluokkia. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtävät, joiden avulla rajattiin vastauksista epäolennainen tieto pois (Ruusuvuori ym. 2010, 15). Tutkimustehtävät olivat: ”Miten vuodeosastojen hoitajat kokevat tehohoidon hoitajien tekemät osastokonsultaatiokäynnit?” ja ”Mitä kehitettävää vuodeosastojen hoitajat kokevat osastokonsultaatiokäynteissä olevan?” Vastauksissa oli vähän epäolennaista. Vastaukset olivat lyhyitä ja ytimekkäitä ja niiden pelkistäminen yksinkertaista.

Alaluokkia kuvaavat nimet muodostuivat aineistosta pelkistettyjen ilmausten sisällöstä. Alaluokista koottiin samanlaista sisältöä sisältäviä ryhmiä, jotka nimettiin alaluokkia yhdistävän tekijän perusteella yläluokiksi (Ruusuvuori ym. 2010, 20). Yläluokista muodostui yhdistävä pääluokka, potilasturvallisuus, joka on opinnäytetyön keskeinen käsite ja merkittävä tekijä osastokonsultaatiotoiminnan teoriataustassa. Muodostettuja luokkia muutettiin analyysin kuлуessa tarvittaessa. Luokittelun apuna käytettiin taulukkoa, josta muodostimme lopulta valmiin taulukon (Liite 3). Tulosten perusteella muodostettiin johtopäätöksiä. Tulosten ja johtopäätösten pohjalta nousi esiin kehittämishaasteita ja ongelmakohtia osastokonsultaatiotoi-

minnassa. Kehittämishaasteet ja osastonkonsultaatiotoiminnan kehittäminen antavat aiheita myös mahdollisille jatkotutkimuksille.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Hoitajien vastauksissa nousi esiin positiivisia ja negatiivisia asioita. Vastaukset olivat selkeitä, lyhyitä ja käytännönläheisiä kokemuksia tai kehittämisideoita. Vastauksissa oli havaittavissa selkeää toistuvuutta. Suurin osa vastauksista keskittyi tiedonkulkuun eli kirjaamiseen ja raportointiin. Yhteistyöhön liittyen tuli myös paljon vastauksia.

5.1 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus koostui yhteistyöstä hoitajien ja osastojen välillä, keskustelusta hoitajien välillä, konkreettisesta avusta hoitotoimenpiteissä sekä avussa vuodeosastojen hoitajien kysymyksiin vastaamisessa tai konsultoinnissa. Teho-osaston hoitajien asiantuntemus ja ammattitaito koettiin auttavana tekijänä potilaan hoidossa. Teho-osaston hoitaja oli ollut apuna käytännön hoitotoimenpiteissä, mikä koettiin positiivisena, vaikka sitä harvoin tapahtui.

”Teho-osaston hoitaja ollut hyvänä apuna potilaan hoidossa iltavuoron aikana.”

”Asiantuntemus auttaa potilaan hoidossa.”

Vuodeosastojen hoitajat toivoivat etukäteen tietävänsä osastokonsultaatiokäynneistä, jotta he voisivat miettiä teho-osaston hoitajalle esitettäviä kysymyksiä. Näin hoitajien mielestä käynnistä voitaisiin kertoa myös potilaalle, jotta hän voisi miettiä valmiiksi kysymyksiä teho-osaston hoitajalle. Käynneistä toivottiin saatavan enemmän konsultointiapua teho-osaston hoitajilta.

”Voisiko tehohoitaja ilmoittaa etukäteen, esim. edellisenä päivänä tulostaan.”

”... Näin tehon hoitajan käyntiä osataan odottaa ja tarvittaessa voidaan esittää kysymyksiä potilaan hoitoon liittyen.”

Hoitajien vastauksissa toistuvasti toivottiin lisää yhteistyötä eri osastojen ja hoitajien välille osastokonsultaatiokäynnteihin liittyen. Hoitajien kokemana yhteistyö ja keskustelu hoitajien välillä olivat liian vähäistä. Toivottiin enemmän mahdollisuutta keskustella hoidollisista asioista osastokonsultaatiohoitajan kanssa ennen potilaan luona käyntiä ja käynnin jälkeen. Tästä hoitajat kokisivat saavansa enemmän apua potilaan hoitoon.

”Tehon hoitaja voisi keskustella potilaan asioista osaston hoitajan kanssa joka käynnin yhteydessä. Osaston hoitajat saisivat apua potilaan hoitoon.”

Teho-osaston lääkäreiden tai anestesia­lääkärin toivottiin osallistuvan vaativan potilaan hoitoon vuodeosastohoidon alkuvaiheessa seurantakäynneillä. Teho-osaston lääkäreiltä toivottiin osallistumista hoitoon varsinkin kipulääkityksen ja IV-nesteytyksen osalta. Vastauksissa epäiltiin resurssien riittämistä tähän.

5.2 Tiedonkulku

Tiedonkulku yläluokkana käsittää kirjaamisen ja raportoinnin, sekä kirjallisen että suullisen. Tiedonkulkuun kuuluu myös paperinen seurantalomake osastokonsultaatiokäynneistä, mikä jätetään vuodeosastoille ja kopio siitä teho-osastolle. Suurin osa hoitajien vastauksista koski tiedonkulkua. Hoitajat kokivat tarvitsevansa nykyistä parempaa tiedonkulkua, sillä tiedot osastokonsultaatio käynneistä eivät välity osaston henkilökunnalle.

Vuodeosastojen hoitajat kokivat tarpeelliseksi, että osastokonsultaatiokäynnit kirjattaisiin Whoikelle. Whoike on sähköisessä Effica-potilastietojärjestelmässä käytössä oleva hoitokertomus. Hoitajien mielestä olisi tärkeää teho-osaston hoitajan kirjata ideoitansa ja hoidossa huomioitavia asioita sähköiseen hoitokertomukseen. Myös mittaustulosten ja tehtyjen hoitotoimenpiteiden kirjauksessa oli hoitajien kokemana puutteita.

”Tehohoitajan tiedot käynnistä eivät välity osaston henkilökunnalle.”

”Tehohoitaja kirjaisi Whoikelle oman näkemyksen hoidosta ja mitä asioita hänen mielestään pitäisi huomioida hoidossa.”

Raportoinnissa ja palautteen antamisessa koettiin ongelmia. Hoitajat kokivat tarvitsevansa enemmän suullista ja kirjallista palautetta osastokonsultaatiokäynneistä käyntien yhteydessä. Palautteen toivottiin olevan molemminpuolista. Toivottiin teho-osaston hoitajan näkemyksiä ja arviointia potilaan voinnista ja voinnin muutoksista. Vastauksista nousi osalta esiin myös potilaan henkinen hyvinvointi ja sen tärkeys raportoinnissa, varsinkin hoitajan ollessa tuttu potilaalle. Osastojen välille koettiin tarvittavan yhteistä käytäntöä osastokonsultaatiosta raportointiin.

”Tehonhoitajalta kaipaa suullista palautetta käynnistä.”

”Vähäinen raportointi tehon ja osaston henkilökunnan välillä.”

Hoitajat toivoivat paperisesta seurantalomakkeesta kopiota vuodeosastolle potilaspapereihin tai sellaisen luomista. Lomakkeesta he toivoivat voivansa tarkistaa, mitä toimenpiteitä ja mitauksia potilaalle on seurantakäynnin aikana tehty.

”Voisi olla osastolle raportti/seurantakaavake.”

Vuodeosastojen hoitajat kokivat tiedonkulussa olevan kehitettävää. Suurimpien kehittämiskohteiden koettiin olevan kirjaamisen ja raportoinnin käytännöissä. Myös paperisen seurantalomakkeen käytössä ja säilyttämisessä koettiin ongelmia.

5.3 Hoidon suunnittelu

Haastattelussa tuli ilmi, että hoitajat kokivat tarvitsevansa etukäteen enemmän tietoa siitä, mille potilaalle käyntejä tehdään ja milloin. Näin he pystyisivät etukäteen varautumaan käyntiin ja tällainen ennakointi nähtäisiin hoitoa helpottavana asiana. Etukäteen sovittu aika nähtäisiin hyvänä, jotta vuodeosaston hoitaja voisi varata itselle aikaa käynnille, eikä olisi silloin muussa hoitotoimenpiteissä kiinni. Tämä nähtäisiin myös raportointia helpottavana asiana ja helpottaisi hoidon suunnittelua yhdessä hoitajien kesken.

”Tehonhoitaja voisi soittaa osastolle etukäteen käynnistä osastolle ja sopia ajan, jolloin tulee käymään, keskusteluajan voisi sopia etukäteen.”

Vuodeosastojen hoitajat toivoivat, että teho-osastolta siirretylle potilaalle tehtäisiin yhdessä teho-osaston hoitajien kanssa kirjallinen hoitosuunnitelma. Teho-osaston hoitajilta toivottiin myös hoidossa huomioitavien asioiden, ideoiden ja näkemysten esilletuontia. Hoitajien välille haluttiin mahdollisuutta hoitoneuvotteluiden pitämisestä potilaan hoidosta.

”Tehon hoitaja ja vuodeosaston hoitaja kirjaavat yhdessä hoitosuunnitelmaan hoidon suunnittelua.”

Hoitajien kokemana potilaan taustojen tunteminen nähtiin tärkeänä ja hoitoa helpottavana asiana. Taustojen tunteminen nähtiin potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä. Pidempään potilasta hoitaneen hoitajan olisi helpompi arvioida voinnin etenemistä ja muutoksia. Potilaan olisi helpompi keskustella fyysisestä ja psyykkisestä voinnistaan tutun hoitajan kanssa. Vuo-

deosastojen hoitajat toivoivat, että teho-osaston hoitajat informoisivat heitä enemmän potilaan taustoista.

”Hoito on ollut turvallista, sillä tehonhoitaja tunsi potilaan hyvin.”

”Tehonhoitajat voisivat raportoida etenkin potilaan henkisestä hyvinvoinnista tehohoitojakson jälkeen. Potilaat varmasti kertovat helpommin asioistaan tutulle hoitajalle.”

Hoidon suunnittelussa koettiin olevan puutteita. Hoidon suunnittelua toivottiin kehitettävän niin, että hoitoa suunniteltaisiin vuodeosastojen ja teho-osastojen hoitajien kanssa enemmän yhdessä. Erityisesti vuodeosastojen hoitajat kokivat tarpeelliseksi kirjallisen hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä teho-osaston hoitajien kanssa.

5.4 Yhteinen käytäntö

Vastauksissa kyseenalaistettiin päällekkäisten hoitotoimenpiteiden tarpeellisuus. Esimerkkinä annettiin verenpaineenmittaus, mutta ei muuta. Päällekkäisten hoitotoimenpiteiden sijasta hoitajat halusivat enemmän yhteistyötä ja keskustelua sekä hoidon suunnittelua teho-osaston ja vuodeosastojen hoitajien välillä.

”Olen huomannut, että tehon hoitajalla on korissa mukana mm. verenpainemittari. Yleensä osastolla jo mitattu aamulla RR → tarvitseeko tehon hoitajan sitä enää mitata?”

Haastatteluvastauksissa koettiin osastokonsultaatiokäyntien olevan epäsäännöllistä ja ettei niitä tehdä kaikille teho-osastolla pitkään olleille potilaille. Osastokonsultaatiokäynnit haluttiin joko normaalikäytännöksi kaikille teho-osastolta tuleville potilaille tai vuodeosastoille tieto siitä, millaisten kriteerien perusteella käyntejä tehdään.

”Käynti/seuraaminen osastolla voisi olla säännöllisesti, kriteerit milloin (kaikkien kanssa? vai hoidon pituus teho-osastolla riippuen)”

Käynneille toivottiin enemmän aikaa. Yhdessä tiedon kanssa siitä, milloin käyntejä tehdään ja mille potilaalle, tällä hoitajat toivoivat, että jos käynneille on varattu enemmän aikaa, se mahdollistaisi paremmin raportoinnin ja hoidollisista asioista keskustelun.

5.5 Lääkehoito

”Potilaan kivunhoito/lääkitys ei aina ajantasalla.”

Osastojen 6 ja 7 vastauksissa nousi esiin kivunhoito ja lääkitys. Hoitajien kokemana lääkitys ei ole aina ajan tasalla, lääkemuutoksia säännöllisistä, lopetetuista tai tauotetuista lääkityksistä ei ole aina kirjattu selkeästi ylös sekä suullista raportointia potilaan lääkityksestä toivottiin lisää. LÄÄKE-O on Effican sähköisessä potilastietojärjestelmässä osastolääkityksen sisältävä lääkelista, josta näkee säännöllisen ja tauotetun lääkityksen annoksineen ja ottoaikoineen. Hoitajat toivoivat Effican LÄÄKE-O:n käyttöönottoa koko sairaalassa ja myös teho-osastolla. LÄÄKE-O:n lääkelistojen pitäminen ajan tasalla ei varsinaisesti kuulu osastokonsultaatiotoimintaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vuodeosastojen hoitajien kokemuksia osastokonsultaatiotoiminnasta. Vastaukset sisälsivät kokemuksia, ongelmia ja kehittämisideoita. Ongelmat ja kehittämisideat voidaan tulkita myös kokemuksina. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa mahdollisista kehitettävistä kohdista. Vastaukset olivat hyvin tarkoituksen ja tavoitteen mukaisia.

Osastokonsultaatiotoiminnassa on tiedonkulussa, eli kirjaamisessa ja raportoinnissa, selkeitä ongelmia. Tieto ei välity osastojen eikä hoitajien välillä riittävästi. Vuodeosastojen hoitajilla ei ole selkeää tietoa, mille potilaille osastokonsultaatiokäyntejä tehdään, milloin ja miksi niitä tehdään ja mitä hoitotoimenpiteitä tai mittauksia siellä tehdään. Tiedonkulku potilaiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden, kuten esimerkiksi osastojen, välillä on olennaista potilasturvallisuuden kannalta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 27).

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä on puutteita. Vuodeosaston hoitajat suosivat Whoike-hoitokertomusta ja toivoisivat, että käynnit kirjataan sinne ylös. Käyntejä ei kuitenkaan sinne kirjata ylös, koska teho-osaston hoitajilla ei ole mahdollista päästä kirjaamaan Whoike-hoitokertomukseen. Näin käyntien sisältö ei ole vuodeosastojen hoitajien nähtävissä sähköisesti. Tiedonkulun ja sähköisten potilastietojärjestelmien ongelmat muodostuvat esteeksi tyydyttävän potilasturvallisuuden seuraamiseksi ja edistämiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9). Käynneistä jätetään paperinen alkuperäinen seurantalomake vuodeosastoille potilaspapereihin ja kopio teho-osastolle. Vuodeosastojen hoitajat eivät kaikki ilmeisesti tiedä tätä, sillä he toivoivat nimenomaan kopion jättämistä potilaspapereihin vastauksissaan tai joissakin vastauksissa uuden tällaisen seurantalomakkeen luomista. Saattaa olla, että seurantalomake ei aina jää potilaspapereihin vuodeosastoille. Tähän pitäisi luoda yhteinen käytäntö ja informoida teho-osaston ja vuodeosastojen hoitajia siitä, missä seurantalomakkeita säilytetään.

Raportoinnissa on puutteita. Käytäntö raportoinnissa on vaihtelevaa ja sitä ei aina anneta syystä tai toisesta. Joskus osastoilla voi olla niin kiire, että palautetta käynnistä ei ehditä antaa. Suullinen palaute ei aina siirry kaikkien hoitajien tietoon. Tätä ongelmaa vaikeuttaa sähköisen kirjaamisen vajavaisuus. Raportointiin tarvitaan yhteisesti sovittu käytäntö mitä noudattaa.

Helovuon ym. (2011, 189) mukaan tärkein työkalu yhteistyöhön perustuvassa potilasturvallisuuden hallinnassa on kommunikointi. Raportointi lisää toiminnan luotettavuutta ja laatua. Työryhmässä kommunikaation määrä voi laskea, jos jäsenet virheellisesti olettavat toisen työryhmän jäsenen tietävän mitä on hoidossa tapahtunut, mikä voi johtaa potilasturvallisuuden heikkenemiseen. Puheliaassa ryhmässä on luontevampaa puhua kuin vaiteliaassa, mikä johtaa kommunikaation kynnyksen alenemiseen. Kommunikaation määrä korreloi suoraan positiivisesti turvallisuuteen.

Moniammatillinen yhteistyö ja teho-osaston hoitajien ammattitaito ja asiantuntemus on potilasturvallisuutta ja hoidon laatua lisäävä tekijä (Helovuon ym. 2011, 182). Hoitajien vastauksissa näitä asioita toivottiin lisättävän. Hoitajan työ on ryhmätyötä. Osastojen välistä yhteistyötä lisäämällä kollegiaalisuus kasvaisi, mikä johtaisi yleiseen työilmapiiriin ja työmotivaation parantamiseen (Lahtinen & Tuulainen 2006, 58-59). Eri osastojen hoitajien välinen yhteistyö lisäisi myös hoitajien asiantuntemusta ja ammattitaitoa. Vastauksissa ei kovin tarkasti määriteltä, mitä yhteistyö hoitajien mielestä on. Mielestämme yhteistyö vastausten perusteella tarkoittaa hoidon suunnittelua yhdessä, hoidollisista asioista keskustelua, raportointia, etukäteistietoa käynneistä, konsultointia, asiantuntemuksen ja ammattitaidon jakamista.

Nykyisellään Kainuun keskussairaalan vuodeosastoilla tunnetaan osastokonsultaatiotoiminta jälkiseurantakäynteinä. Osastokonsultaatio on myös muutakin kuin potilaan tilan seuranta tai tarkistamista (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008). Osastokonsultaatiotoiminnasta on jäänyt itse konsultointi vähäiselle roolille.

Hoitosuunnitelma olisi hyvä luoda teho-osastolta siirretylle potilaalle yhdessä eri osastojen ammattilaisten kesken. Hoitosuunnitelma on potilasturvallisuuden kannalta keskeinen asiakirja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 15).

Vastausten perusteella etukäteen sovittu aika ja tieto käynnistä helpottaisivat hoitajien työnsä aikatauluttamista ja muusta työstä irtaantumista käyntiä varten, perehtymään potilaan tilaan ennalta ja näin hoitaja voisi miettiä kysymyksiä tai muita hoitoon liittyviä asioita, joita selvittää yhdessä teho-osaston hoitajan kanssa. Käynneistä olisi hyötyä hoitajille sekä potilaille enemmän kuin nykyisin. Vuodeosastoilla ei ole nykyisellään tietoa siitä, mille potilaalle osastokonsultaatiokäyntejä tehdään. Tieto siitä, että potilaalle tehdään osastokonsultaatiokäyntejä, olisi saatava paremmin vuodeosastojen tietoon. Tämä voisi tulla jo ilmi potilaan siirtyessä osastolle potilasapereissa. Ennen potilaan luona käyntiä teho-osaston hoitaja voisi keskustella potilaan hoitoa koskevista asioista vuodeosaston hoitajan kanssa. Tämä ehkäisisi pääl-

lekkäisiä toimenpiteitä ja aikaa jäisi raportointiin ja muihin toimenpiteisiin. Käyntejä varten voitaisiin varata myös enemmän aikaa, etukäteen sovitut aikataulut helpottaisivat tässä.

Vuodeosaston hoitajia tulee nykyistä paremmin informoida potilaan taustoista. Hoitajan olisi näin helpompi huomioida potilaan hoidossa yksilöllisesti tärkeät seikat. Taustoista informoiminen kuuluu potilaan osastolta toiselle siirtymisvaiheeseen. Taustojen tunteminen helpottaisi hoitotyötä ja lisäisi potilasturvallisuutta. Tässä erityisen tärkeä tekijä on se, että hoitaja on potilaalle tuttu. Jauhiaisen (2009) pro gradu -tutkielman mukaan teho-osaston sairaanhoitaja raportoi siirtovaiheessa potilaan sairaalaan tulon syyn ja tehohoidon syyn, perussairaudet sekä diagnoosin. Tutkielmassa vuodeosastojen sairaanhoitajat kuvasivat potilaan siirtovaiheessa oleellisiksi taustatiedoiksi potilaan hoitoon vaikuttavat perussairaudet.

Vastauksissa potilaan henkinen hyvinvointi ei noussut juurikaan esille. Henkisen hyvinvoinnin huomioiminen on tärkeää osastokonsultaatiotoiminnassa. Tehohoitojakso voi olla potilaan henkiselle hyvinvoinnille raskas kokemus. Tehohoitojakson jälkeen sekä vakavaan sairauteen liittyen potilaalla voi esiintyä masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Ahdistusoireisiin voi liittyä myös traumaattinen stressioireilu, joka voi ilmetä ahdistavina muistikuvina, vaikeuksina muistaa tehohoitojaksoa, painajaisina, keskittymishäiriöinä sekä masennusoireina. Läheisillä on suuri merkitys henkiselle hyvinvoinnille toipumisen kannalta, mutta tehohoitojakso voi olla myös läheiselle raskas kokemus. (Peltomaa ym. 2012, 147; Granja, Gomes, Amaro, Ribeiro, Jones, Carneiro & Costa-Pereira 2008, 2801-2809.)

Osastojen 6 ja 7 sekä 8 ja 9 välillä ei ollut vastauksissa suuria eroja. Ainoat erot tulivat esille osastojen 6 ja 7 hoitajien joissakin vastauksissa, jotka painottuivat kivunhoitoon ja lääkehoitoon, mitä ei esiintynyt osastojen 8 ja 9 vastauksissa. Kun taas osastojen 8 ja 9 hoitajien joissakin vastauksissa tuli ilmi tarve paremmalle tiedolle potilaan taustoista, mitä ei ollut osastojen 6 ja 7 vastauksissa. Eroilla ei ole suurempaa merkitystä, koska ne eivät varsinaisesti liity osastokonsultaatiotoimintaan, vaan potilaan siirtymisvaiheeseen. Kirurgisilla osastoilla 6 ja 7 potilaille on monesti tehty toimenpide, joka vaatii suurempaa kivunhoitoa, kuin konservatiivisten osastojen 8 ja 9 potilaat. Kaikilla osastoilla suurin kehittämiskohde oli tiedonkulku, joka toistui vastauksissa usein.

6.1 Kehityshaasteet ja jatkotutkimusaiheet

1. Suurimmat kehityshaasteet osastokonsultaatiotoiminnassa liittyvät tiedonkulun parantamiseen. Kirjaamista ja raportointia tulisi parantaa.
2. Käynneistä pitäisi paremmin informoida vuodeosastojen hoitajia etukäteen. Käynneille pitäisi sopia yhteistä aikaa.
3. Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen. Tämä parantaisi yleistä työilmapiiriä ja työssä hyvinvointia (Lahtinen & Tuulainen 2006, 58-59).
4. Osastokonsultaatiotoiminnan toimintatavoista sekä sisällöstä parempi tiedottaminen vuodeosastoille.
5. Asiantuntemuksen ja ammattitaidon jakaminen puolin ja toisin. Tämä paransi edellä mainittuja kehityshaasteita kehittämällä.

Opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä voidaan hyödyntää osastokonsultaatiotoiminnan ongelmakohtien ja kehittämishaasteiden löytämisessä. Osastokonsultaatiotoiminnassa on kehitettävää. Jos toimintaa kehitetään eteenpäin, jatkotutkimuksissa voidaan kerätä hoitajien kokemuksia, ongelmia ja kehittämiskohteita ja verrata niitä tämän opinnäytetyön esille tuomiin kokemuksiin ja kehittämishaasteisiin. Asiaa voitaisiin tarkastella myös teho-osaston hoitajien näkökulmasta. Jatkotutkimuksissa voitaisiin tutkia sitä, kuinka toiminta on parantunut, jos osastokonsultaatiotoimintaa kehitetään eteenpäin. Aihe jatkotutkimukselle voisi olla myös potilaiden näkökulmat osastokonsultaatioon varsinkin tutun hoitajan ja henkisen hyvinvoinnin kannalta tai ylipäättään tutun hoitajan merkitys potilaalle.

Hoitajien kokemukset painoutuivat ongelmiin toiminnassa, mutta se ei ehkä kerro koko totuutta asiasta. Ongelmiin painottuminen voi kertoa siitä, että hoitajat halusivat aidosti kehittää toimintaa. Positiivisten kokemusten listaaminen ei ehkä auta niin paljon toiminnan parantamisessa, mutta hyvistä käytänteistä voi myös oppia. Toiminnalla on myös hyviä puolia hoitajien kokemana, mikä näkyikin joissakin hoitajien kokemuksissa. Erityisesti hoitajat nostivat toiminnan hyvistä puolista esiin teho-hoitajien ammattitaidon ja asiantuntemuksen sekä toiminnan potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä. Nykyisellään toiminta ei ole kovin näkyvässä

roolissa vuodeosastojen hoitajien kokemana. Jos toiminta olisi näkyvämpää osastoilla kuin nykyisin, saisivat siitä paremman hyödyn sekä osastojen henkilökunta että potilaat.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme kuvasi vuodeosastojen hoitajien kokemuksia osastokonsultaatiotoiminnasta Kainuun keskussairaalassa. Opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä käytetään toiminnan kehittämisessä. Osastokonsultaatiotoiminnalla pyritään tukemaan vuodeosastojen hoitajien työskentelyä osallistumalla vuodeosastolle siirtyneen potilaan hoitoon ja auttamaan hoitajia hoidossa ja päätöksenteossa sekä ehkäisemään potilaiden palautumista teho-osastolle.

Opinnäytetyön teoreettisen tietotaustan kartoittamiseksi olemme etsineet tietoa erilaisista tietokannoista kuten: CINAHL, EBSCO, Arto, Medic ja Theseus. Sen lisäksi olemme käyttäneet koulun kirjaston ja Kajaanin pääkirjaston palveluita sekä teho-osastolta saimme aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Hakusanoina olemme käyttäneet: outreach, critical care outreach, jälkiseurantapolinikka, osastokonsultaatio, potilasturvallisuus, post-icu, tehohoito ja näiden yhdistelmiä ja lyhennelmiä.

7.1 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tulosten todeksi vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tulkinnot saavat tukea vastaavista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2001, 212). Opinnäytetyön tulokset ovat samankaltaisia muiden vastaavien Suomessa tehtyjen tutkimusten kanssa. Itse osastokonsultaatiotoiminnasta löytyy suomen ja englannin kielellä paljon artikkeleita ja tutkimuksia, mutta hoitajien kokemuksista asiaan liittyen ei juurikaan. Sinikka Leppänen (2012) Diakoniamattikorkeakoulusta on tehnyt opinnäytetyön konsultaatiotoiminnasta vuodeosastojen sairaanhoitajien näkökulmasta. Leppäsen opinnäytetyössä ilmeni samankaltaisia kehittämishaasteita ja tuloksia kuin tässäkin; toimintaa tunnetaan vuodeosastoilla huonosti, käyntejä toivottiin tehtävän kaikille teho-osastolta siirtyneille potilaille, yhteydenoton syitä konsultaatiolle olivat muunmuassa lääke- ja nestehoito, kirjallista ohjausta toivottiin lisää, päällekkäisiä toimenpiteitä kyseenalaistettiin, toivottiin tarkempia ohjeita siirtyneiden potilaiden seurantaan sekä toivottiin enemmän ohjausta konsultaatiohoitajilta. Johtopäätöksissään Leppänen on nostanut esille tärkeänä konsultaatiotoiminnasta tiedottamisen vuodeosastojen hoitajille.

Aihetta osittain koskevia tutkimuksia on Suomessa tehty. Ne käsittelevät erilaisia konsultointitoimintatapoja ja -hyötyjä eri ammattilaisten tai potilaiden näkökulmasta. Alho ja Poskiparta

(1997) selvittivät sitä, voidaanko teho-osaston sairaanhoitajien erikoisosaamista hyödyntää hoitajakonsultaatiotoiminnan avulla. Meriläinen (2005) kuvasi jälkiseurantapoliklinikan toimintaa tutkimushoitajan, lääkärin, potilaan ja omaisen näkökulmasta. Tutkimus selvitti myös mielipiteitä jälkiseurantapoliklinikkakäynneistä. Pöykön (2006) tutkimuksessa kuvattiin konsultaatiohoitajien kokemuksia konsultaatiohoitajatoimintakokeilusta. Lisäksi tutkimuksessa kuvattiin kokemuksia teho-osastolta siirtyneen potilaan hoidosta kahdeksantoista vuodeosaston sairaanhoitajan näkökulmasta. Jauhaisen (2009) tutkimuksessa kuvattiin organisaation sisäisiä potilassiirtoja teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina.

Marika Holpainen (2012) on tehnyt ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön, jossa hän selvitti vuodeosastojen hoitajien kokemuksia konsultaatiohoitajatoiminnasta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, johon vastasi 43 hoitajaa. Opinnäytetyö sisältää myös osastokonsultaatioon kuuluvat seurantakäynnit, mutta painottaa enemmän konsultointia. Tuloksissa konsultaation koki tarpeelliseksi 84 % vastanneista. Tulokset olivat samankaltaisia kuin tässäkin opinnäytetyössä, mutta siellä esiintyi muitakin osa-alueita. Hoitajat kokivat tarvitsevänsä konsultaatioapua lääke- ja nestehoidossa, laitteiden ja välineiden toiminnan ohjauksessa, hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä tiedonantamisessa. Yhteistyö oli tärkeä tekijä konsultaatiotoiminnassa. Hyvää yhteistyötä edistivät riittävät aika- ja henkilöstöresurssit, positiivinen suhtautuminen konsultaatiotoimintaan, mihin vaikutti hoitajien keskinäinen arvostus ja ystävällinen käytös. Konsultaatiotoiminta koettiin tärkeäksi erityisesti uusille hoitajille.

Etelä-Karjalan keskussairaalan projektissa kehitettiin sairaanhoitajakonsultaatiota teho-osaston ja vuodeosastojen välillä. Projektissa arvioitiin konsultaatioiden merkitystä potilaan hoidon näkökulmasta keräämällä aineistoa teho-osaston sekä vuodeosastojen hoitajilta kyselyin sekä päiväkirjan avulla. Hoitajien mielestä eri osastojen ammatillisia vahvuusalueita tulisi hyödyntää entistä enemmän hoitotyössä. Hoitajat kokivat yhteistyöllä olevan mahdollista parantaa hoitotyötä. Hoitajien kokemana potilaan tarkkailun taso saattaa laskea turhan nopeasti vuodeosastolle siirryttyä. Tähän ongelmaan konsultaatiotoiminta koettiin mahdollisesti helpottavana tekijänä. Hoitajien mielestä pitkään tehohoidossa olleet potilaat hyötyvät eniten sairaanhoitajakonsultaatiokäynneistä. (Lahtinen & Tuuliainen 2006, 57-59.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä on useita erilaisia, eri suomennoksien ja eri määritelmien, mikä vaikeuttaa luotettavuuden objektiivista pohtimista. Laadullisesta tutkimuksesta ei voida suoraan sanoa, onko se luotettava vai epäluotettava. Luotettavuuden pohdinta laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin kuvaa sitä, että tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisia ja että tuloksista voidaan päätyä tulkintoihin, joihin on päädytty. (Virtanen 2006, 200.)

Opinnäytetyömme luotettavuuden pohdintaan liittyviä asioita ovat ainakin omat ennakkokäsityksemme aiheesta. Tutkijoiden puolueettomuus on osa tutkimuksen luotettavuutta. Aineistoa analysoitaessa tutkijoiden pitäisi pitää neutraali kanta, mutta tähän voivat vaikuttaa tutkijoiden omat ennakkokäsitykset, asenteet, ikä, sukupuoli tai ammatti. Laadullisessa tutkimuksessa on myös eri tutkijoiden mahdollista saada erilaisia johtopäätöksiä aineiston pohjalta. Laadullisessa tutkimuksessa ei siis ole olemassa varsinaista objektiivista todellisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133-137.)

Myös aikataulu, eli kuinka paljon aikaa tutkijoilla on ollut käytettävissä, vaikuttaa laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseen osallistujat, heidän määränsä, millä perusteella heidät on valittu, anonymius kaikki vaikuttavat luotettavuuteen. Tärkeä tekijä on myös tutkimuksen huolellinen suunnittelu, raportointi siitä miten aineisto on kerätty ja analysoitu sekä tulosten ja johtopäätösten perustelu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138.)

Opinnäytetyötä on ollut tarpeeksi aikaa tehdä, eikä siksi ole ollut kiirettä. Osastonhoitajille esitettiin pyyntö, että haastatteluun osallistuvilla hoitajilla olisi mahdollisimman paljon kokemusta osastokonsultaatiotoiminnasta. Emme erikseen selvittäneet hoitajien kokemustasoa osastokonsultaatiosta, mutta vastauksista on pääteltävissä, että heillä jokaisella on kokemusta aiheesta. Tarkkaa tietoa siitä, kuinka paljon hoitajilla on kokemusta toiminnasta, ei ole.

Aineiston kyllästeisyys tarkoittaa sitä, että kaikki olennainen tieto tutkittavasta ilmiöstä on tullut ilmi tutkijalle (Nikkonen 1997, 147). Haastatteluun osallistuvia hoitajia oli tarpeeksi suuri määrä, näin saimme koottua riittävän suuren aineistomäärän. Aineistossa esiintyy paljon toistuvuutta, mikä kertoo aineiston riittävästä määrästä. Opinnäytetyöstä on tarkoitus olla hyötyä osallistujille eli vuodeosaston hoitajille osastokonsultaation kehittämisessä jatkossa, minkä perusteella voimme olettaa vastausten olevan rehellisiä. Osallistujat tuskin hyötyivät mitään epärehellisten vastausten antamisesta. Haastattelu toteutettiin ryhmätilanteena, jossa kaikki osallistujat pystyivät lukemaan toistensa vastaukset.

Emme ole aikaisemmin tehneet tällaista tutkimuksellista työtä, joten kokemattomuudella voi olla osansa raportin muodossa tai tekstin sisällössä. Aineistoa analysoidessamme jouduimme ensin pohtimaan, kuinka analyysi tehdään. Pyrimme kuitenkin noudattamaan kaikkea lähteistä oppimaamme teoreettista tietoa aineistoanalyysistä. Joku toinen tekijä voisi analysoida aineistoa eri tavalla ja muodostaa siitä erilaisia johtopäätöksiä. On huomioitava tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa oma kokemattomuutemme. Aineistossa esiintyvän tois-

tuvuuden johdosta uskomme kuitenkin tehneemme luotettavan analyysin aineistosta ja tulosten olevan luotettavia.

7.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettiset näkökohdat ovat osa tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Eettiset kysymykset nousevat esiin aineiston keruussa, osallistujien suojassa ja tutkijan vastuussa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan ja osallistujien välillä on tutkimussuhde, joka voi olla vapaamuotoinen riippuen aineistohankintamenetelmästä. Tämän takia on tutkijan tärkeää muistaa mielessään ja arvioitava tutkimuksensa etiikkaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-29.)

Tuomen ja Sarajärven (2002, 128-130) sekä Kuulan (2006, 99-107) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ihmisoikeudet ovat tutkimuksen eettinen perusta. Aineiston keruun ja osallistujien suojan osalta tutkimukseen osallistujalle on kerrottava tutkimuksen mahdolliset riskit, tavoitteet ja menetelmät. Osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja osallistujalla on oltava oikeus kieltää häntä koskevan aineiston käyttö. Tutkijan on oltava selvillä siitä, että osallistuja tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Kerätyn aineiston on oltava luottamuksellista tietoa eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Osallistujien identiteettiä ei saa paljastaa ilman lupaa. Nämä ovat kaikki osaltaan myös tutkijan vastuuta hyvien eettisten käytäntöjen toteuttamisessa. Tutkijan vastuulla on myös asiallinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, huolellinen raportointi ja tulosten kirjaaminen sekä aineiston asiallinen säilyttäminen.

Tämän opinnäytetyön aineiston keräämiseksi tarvittiin lupa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallintoylihoitajalta. Lupaa eettiseltä toimikunnalta ei tarvittu, koska opinnäytetyö ei ole lääketieteellinen tutkimus, eikä tutkimuksen tarkoituksena ole lisätä tietoa terveydestä, sairauksien syistä, oireista, diagnostiikasta, hoidosta, ehkäisystä tai tautien olemuksesta yleensä, eikä tutkimuksessa puututa ihmisen koskemattomuuteen (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488, 2 §). Toimeksiantosopimus tehtiin Kainuun keskussairaalan teho-osaston kanssa.

Haastattelutilanteessa hoitajien ei tarvinnut laittaa nimeään vastauspapereihin. Haastattelutilanteessa korostimme anonymiteettiä ja sitä ettei ole oikeaa eikä väärää vastausta. Osallistujia informoimme opinnäytetyön aiheesta ennen haastattelua suullisesti tuomatta esiin ennakkokäsityksiä. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyössä esiintyvistä lainauksista ei voi

tunnistaa yksittäistä henkilöä, muut kuin he, jotka vastasivat vastauspaperiin. Emme itsekään pysty tietämään, kuka vastasi mitenkään.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme olleet rehellisiä ja tulokset on ilmoitettu rehellisesti aineistoa muuttamatta. Aineisto on säilytetty toisen tekijän kotona. Aineisto ei sisällä mitään henkilökohtaista tietoa tai jonkun osallistujan arkaluonteista asiaa. Pyrimme olemaan aineistoa pohtiessa ja analysoidessa mahdollisimman tarkkoja ja luotettavia.

Tutkijan ennakko-oletukset huomioon ottamalla voidaan lisätä laadullisen tutkimuksen varmuutta (Eskola & Suoranta 2001, 212). Tunnustamme meillä olleen ennakkokäsityksiä ennen työn aloittamista. Ennen työn aloittamista meille luotiin kuva siitä, että osastokonsultaatio voidaan kokea negatiivisena asiana vuodeosastoilla. Tähän vaikutti se, että toimeksiantaja näin meille kertoi. Suurimmat ennakkokäsityksemme tai oletuksemme liittyivät tiedonkulkuun ja osastojen väliseen vastakkainasetteluun. Molemmat olemme olleet töissä tai harjoittelussa monilla erilaisilla hoitoalan osastoilla, mikä on vaikuttanut kuvaamme tiedonkulusta ja osastojen välisistä kiistoista. Epäilimme myös henkilökohtaisilla kokemuksilla olevan asiaa siihen, miksi osasta teho-osaston hoitajista on tullut kuva siitä, että osastokonsultaatio koetaan joskus negatiivisena asiana vuodeosastoilla. Ennakkokäsitykset eivät näy tuloksissa. Ennakkokäsityksistämme ainoastaan tiedonkulun ongelmat tulivat ilmi, mutta ne ongelmat nojaavat vahvasti tuloksiin, eivät ennakkokäsityksiimme. Myöskään joidenkin teho-osaston hoitajien ennakkokäsitykset toiminnan kokemisesta negatiivisena asiana vuodeosastoilla eivät tulleet ilmi tuloksissa. Päinvastoin hoitajat kokivat osastokonsultaatiotoiminnan hyödylliseksi ja tarpeelliseksi toiminnaksi ja halusivat sitä kehitettävän eteenpäin sekä tuotavan toimintaa näkyvämmäksi vuodeosastoilla.

7.3 Ammatillinen kasvu

Kajaanin ammattikorkeakoululla on sairaanhoitajaopiskelijoiden opiskelua tukemassa kompetenssit eli työelämävalmiudet. Hoitotyön koulutusohjelman kompetenssit ovat: hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksentekosaaminen ja ohjaus- ja opetusosaaminen. (Opinto-opas 2012-2013 Kajaanin ammattikorkeakoulu, 19.)

Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme osastokonsultaatiotoimintaan ja siihen miten se liittyy potilasturvallisuuteen. Opimme siis hoitoketjun tärkeydestä potilasturvallisuuden ta-

kaamiselle ja hoitoketjun tunteminen on yksi terveyden edistämisen kompetenssin osa-alue, mikä vahvistui opinnäytetyöprosessin aikana. Ohjaus- ja opetusosaamisemme kehittyi toisten hoitajien ohjaamisessa ja opettamisessa, kun esittelimme opinnäytetyömme tuloksia ja johtopäätöksiä heille. Ammattikorkeakoulujen tutkintojen kansallisen viitekehyksen yhteisistä kompetensseista opimme moniammatillisen yhteistyön merkityksestä (ARENE 2010). Yhteistyöhön sisältyy kollegiaalisuus, millä on merkitystä potilasturvallisuuden parantamisessa sekä hyvän työilmapiirin luomisessa työyhteisössä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut meille tekijöinä uusi asia. Työn aloittaminen oli hankalaa, koska emme ole aikaisemmin tehneet tällaista työtä. Opimme laadullisen tutkimuksen tekemisestä, mikä on muuttanut ajattelutapaamme pohtivampaan muotoon. Itse osastokonsultaatiotoiminnasta ja sen tärkeydestä olemme oppineet huomattavan paljon, mistä on hyötyä tulevaisuuden ammatissamme. Opinnäytetyön tuloksista olemme laajentaneet käsitystämme tiedonkulun ja kommunikoinnin tärkeydestä hoitotyössä. Kollegiaalisuuden ja yhteistyön merkitys moniammatillisessa työryhmässä työhyvinvoinnin kannalta korostui opinnäytetyötä tehdessämme.

Toimeksiantajalla oli opinnäytetyöprosessissa tärkeä rooli. Toimeksiantaja on ollut opinnäytetyöprosessin alussa mukana antamassa tietoa lähtötaustoista, auttanut aiheen rajaamisessa, antanut lähteitä, tuonut esiin omia toiveita ja neuvoja opinnäytetyön toteuttamiseksi.

LÄHTEET

Alho, K. & Poskiparta, P. 1997. Sairaanhoidajakonsultaatio - kartoitus teho-osaston sairaanhoidajien erikoisosaamisen hyödyntämisen tarpeellisuudesta Keski-Suomen keskussairaalan vuodeosastoilla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 74/1998.

ARENE. 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Viitattu 18.10.2013.

<http://www.haaga->

[helia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex_html/ARENEn_suositus.pdf](http://www.haaga-helia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex_html/ARENEn_suositus.pdf)

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A. & Costa-Pereira, A. 2008. Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: the early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine* 36, 2801-2809.

Haapasalo, L. 2001. Oppiminen, tieto & ongelmanratkaisu. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holpainen, M. 2012. Konsultaatiohoitajatoiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.

Hoppu, S. & Salmi, A. 2011. MET ehkäisee sydänpysähdyksiä sairaalassa. *Systole* 1, 17–18.

Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoidajien kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkärilehti 65, 1123-1127.

Kansanterveyslaki. 2010. L 30.12.2010/1326.

Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja halusta. Sairaanhoitaja 8, 10-13.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 77-95.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 1-12.

Lahtinen, M. & Tuuliainen, E. 2006. Sairaanhoitajakonsultaatio osana teho-osastolta vuodeosastolle siirtyneiden potilaiden hoitotyötä. Tehohoito 1, 57-59.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 1999. L 9.4.1999/488 muutoksineen.

Leppänen, S. 2012. Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastojen 1 ja 2 konsultaatiohoitajatoiminta. Vuodeosastojen sairaanhoitajien näkökulma. AMK-opinnäytetyö. Diakoniamattikorkeakoulu.

Meriläinen, M. 2005. Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikan toiminnan kuvaus. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Meriläinen, M. 2006. Tehohoidosta toipuminen ja tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka. Tehohoito 1, 49-52.

Nikkonen, M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 136-151.

Opinto-opas 2012-2013. Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2012. Kajaani: Kajaanin kaupungin painatuskeskus.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Peltomaa, M., Palmu, A., Majapuro, A. & Nieminen, I. 2012. Tehohoidon jälkiseurantakäynti – osa potilaan tehohoitoprosessia. *Tehohoito* 30, 144-149.

Pöykkö, U. 2006. konsultaatiohoitajatoimintakokeilu - kokeilun aikainen toiminta ja tehohoidosta siirtyneen potilaan hoitaminen vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Saarinen, K., Ala-Hynnilä, L., Siirilä, N., Ruohomäki, H., Kangas, K., Rahko, T. & Välimäki, M. 2013. Tehohoitopotilaan seuranta osastolla pitkittyneen tehohoidon jälkeen. *F.A.N.N* 29, 13-14.

Schröer, B., Kain, A. & Lindemann, U. 2010. Supporting creativity in conceptual design: method 635-extended. Viitattu 21.3.2013.

<http://www.pe.mw.tum.de/forschung/publikationen/publikationen/pdfs/SchrerKa inLindemann2010.pdf>

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 29-40.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Konsultaatiohoitajan toiminnan kuvaus. Viitattu 14.10.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01093

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tirkkonen, J., Lehtinen A-M. & Hoppu S. 2010. ICU Outreach kurkottaa pitkälle - paraneeko potilasturvallisuus? *Finnanest* 5, 432-436.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Virtanen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 149-213.

Julkaisemattomat lähteet:

Tamminen, E. 2012. Sairaanhoidaja. Kainuun keskussairaala. Kajaani. Henkilökohtainen tiedonanto 8.11.2012.



KAKS/TEHO SAIRAANHOITAJAN KONSULTAATIO VUODEOSASTOLLA

potilastarra pvm klo osasto

seurantakäynti/pyydettyinä miksi:

RR, pulssi	Lämpö
O ₂ sat	Hengitys; frekvenssi, -äänet
Diureesi (viimeiset 4h)	Turvotukset
Lämpöraja, yläraajat	Lämpöraja, alaraajat
Tuoliäänet	Ravitsemus/nesteet
Haavat, dreerien ja kanyyliin juuret	
Kivut/VAS	
Henkinen status/GCS	
Päivän labrat, erityistä	

Potilaan vointi

Mitä tehtiin

Yhteys tehon anestesiaalääkärin kyllä/ei

Mitä päätettiin:

Tarvitaanko jatkokäyntejä:

Arvio jälkipolin tarpeesta

GCS A+B+C		VAS	
A. Silmien avaaminen		Ei lainkaan kipua	0
Spontaanisti	4	Lievää kipua	1-3
Puhuttelulle	3	Kohtalaista kipua	4-6
Kipuärsytykselle	2	Kovaa kipua	7-9
Ei lainkaan	1	Sietämätöntä kipua	10
B. Puhevaste			
Vastaa auliisti	5		
Vastaa hitaasti tai sekavasti	4		
Vastaa irrallisoin sanoin	3		
Äänitelee	2		
Ei vastetta	1		
C. Motorinen vaste			
Noudattaa pyyntöjä	6		
Paikallistaa kivun	5		
Pyrkii väistämään kipua	4		
Koukistusreaktio	3		
Ojennusreaktio	2		
Ei vastetta	1		

LIITE 2

Kirjoita tähän kokemus/ongelma/kehittämisidea:

--

Jatka tähän kehittämisidealla:

LIITE 3

Induktiivisen sisällönanalyysin tulokset:

Esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Käyntien kirjaukset Whoikelle kirjaaminen	Kirjaaminen	Tiedonkulku	Potilasturvallisuus
Suullinen palaute Palautteen antamattomuus	Raportointi		
Seurantakaavake myös osastolle	Seurantalomake		
Tehohoitajalta kysyminen	Konsultointi	Moniammattillisuus	
Auttaminen hoitotoimenpiteissä	Konkreettinen apu		
Panostaminen yhteistyötön Osastojen välistä yhteistyötä	Yhteistyö		
Etukäteen ilmoittaminen	Ennakointi	Hoidon suunnittelu	
Hoitosuunnitelman yhdessä kirjaaminen Seurattavat asiat	Hoitosuunnitelma		
Taustojen tunteminen	Taustatieto		
Käyntien kriteerit	Kriteerit	Yhteinen käytäntö	
Enemmän aikaa käynneille	Aikataulu		
Päällekkäiset toimenpiteet	Päällekkäiset hoitotoimenpiteet		
Lääkityksen ajantasaisuus	Lääkitys	Lääkehoito	